Aus dem städtischen Krankenhaus Neukölln-Berlin II. Chirurgie-Abteilung, Direktor Dr. Dencks

# Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie der Gynatresien

## Auszug

aus der

**Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung der

**Medizinischen Doktorwürde**

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.**

Von

**Wilhelm Nauck**
approb. Arzt aus St. Petersburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 15. August 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referenten: Prof. Dr. **Köhler**.
Prof. Dr. **Hildebrand**.

---

In vorliegender Arbeit wird an der Hand eines Falles von retrohymenaler vaginaler Atresie nach einer kurzen Entwickelungsgeschichte und Einleitung eine allgemeine Uebersicht über Zustandekommen von Gynatresien und ihre Einteilung gegeben. Es wird die strittige Frage der Aetiologie besprochen, wobei die beiden Theorien gegenüber gestellt werden, von denen die eine durch Veit, Nagel und Meyer vertretende Infektionstheorie das Zustandekommen durch entzündliche Einwirkungen erklärt, die andere durch Mainzer, Stratz, Krönig, Menge, Kermauner und Küstner vertretene Theorie eine primär kongenitale Defektatresie annimmt. Es folgt eine Zusammenstellung derjenigen Schädigungen, die im extrauterinen Leben für das Zustandekommen einer Gynatresie in Frage kommen. Hierauf wird die spezielle Pathologie der Gynatresien besprochen und auf die wichtigste Komplikation, die Haematosalpinx hingewiesen. Wie der Verschluß des abdominalen Tubenendes zustande kommt, der zur Bildung einer Haematosalpinx erforderlich ist, ist bisher noch nicht eindeutig geklärt und deshalb findet man auch hierüber eine Reihe sich gegenüber stehender Theorien. Was die Infektionskeime anbetrifft, die als Erzeuger der tiefsitzenden Gynatresien und des abdominalen Tubenverschlusses in Frage kommen, so gibt Menge dafür Anhaltspunkte, und kommt zu dem Schluß, daß die Gonokokken allein beschuldigt werden müssen, was jedoch fraglich erscheint. Ueber die Herstammung des Blutes, das die Haematosalpinx bildet, herrschen ebenfalls mehrere Theorien, die erwähnt werden, und es kann die Refluxtheorie von Ohlshausen zugunsten der Annahme einer vikariierenden Tubenmenstruation verlassen werden. Hierauf wird auf die Tubenruptur und nach-

folgende tödliche Peritonitis eingegangen. Die Ursache dieser Peritonitis ist ungeklärt, und wird von den Anhängern der Infektionstheorie zum Beweise für das Vorhandensein von Infektionskeimen herangezogen. Es folgt die Besprechung der Therapie der Gynatresien, zu deren kunstgerechter Durchführung eine exakte Diagnose gehört. Hierbei wird besonders auf die Wichtigkeit der Anamnese hingewiesen und eine rektale Untersuchung verlangt, die bei normalen äußeren Genitalien allein zur richtigen Diagnose führen kann. In jedem Falle einer erworbenen Atresie muß operativ eingegriffen werden, dabei ist die Entleerung der Blutretentionssäcke unter Vermeidung einer Tubenruptur die Aufgabe der Operation, wobei die Erhaltung eines größtmöglichen Scheidenteiles und mindestens eines Ovariums angestrebt werden muß. Im Laufe der Jahre sind eine Reihe von Operationsmethoden angegeben worden, die in der Arbeit zum Teil besprochen werden. Außerdem werden die Operationen erwähnt, die zur Verbesserung der Genitalfehler, Herstellung oder Neubildung einer Scheide, angegeben wurden.

Nun folgt der beobachtete Fall. Es handelte sich um ein 16-jähriges Mädchen, das seit dem 13. Lebensjahr Molimina menstrualia hatte, ohne jemals eine Monatsblutung gehabt zu haben. Fünf Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus stellten sich wieder die gleichen Beschwerden ein, die am zweiten Tage im Anschluß an einen heftigen Brechdurchfall exacerbierten und uns die Patientin unter dem Bilde einer Peritonitis zuführten. Es wurde die Diagnose: Atresia retrohymenalis Haematocolpos Pelveoperitonitis gestellt und durch Herrn Direktor Dr. Dencks eine Operation vorgenommen, wobei beide Tuben reseziert und die Haematocolpos und Haematometra von der Vagina aus entleert wurden. In Anbetracht der schwer entzündlichen Erscheinungen wurden ein Gummidrain und ein Jodoformgazestreifen durch die Vagina in den Douglas und ein Mikulickbeutel vom Abdomen ins kleine Becken geführt. Der Heilungsverlauf war ohne Störungen, doch ließ sich in Anbetracht der schweren entzündlichen Erscheinungen keine Scheide erhalten. Die Patientin stellte sich 8 Monate später in ausgezeichnetem Zustand vor, fühlte sich völlig gesund und gab an, alle 28 Tage Beschwerden zu haben, die als blutlose Regel bezeichnet werden können.

Für das Zustandekommen dieser Atresie konnten mehrere Infektionskrankheiten in der Kindheit herangezogen werden. Zu einem Zeitpunkt, wo Molimina menstrualia und ein acuter Brechdurchfall gleichzeitig auftraten, kam es zu einem schweren Krankheitsbild, das einen operativen Eingriff notwendig machte. Bei der Operation fand sich eine Pelveoperitonitis, beiderseitige Pyosalpinx, Haematometra geringen Grades und Haematocolpos. Dieser Befund deutete auf eine Infektion von der Bauchhöhle aus hin, zumal das Blut der Haematocolpos steril war. Da die Molimina menstrualia in gleicher Weise wie sonst einsetzten, und das schwere Krankheitsbild erst nach dem akuten Brechdurchfall in Erscheinung trat, wurde eine Sekundärinfektion vom Darm aus als Ursache der Pyosalpinx mit sekundärer Pelveoperitonitis angenommen.

---

## Lebenslauf.

Am 5. Mai/21. April 1895 als Sohn des verstorbenen deutschen Reichsangehörigen Dr. med. August Nauck und seiner gleichfalls verstorbenen Ehefrau Mathilde, geb. Baronesse von Krüdener, zu St. Petersburg geboren. Daselbst 1913 das Gymnasium der Schule der reformierten Gemeinden absolviert. Wintersemester 1913 in Leipzig das medizin. Studium begonnen. 1916—1918 im Heeresdienst. Nach dem Waffenstillstand in Leipzig das Studium wieder aufgenommen. Herbst 1919 Staatsexamen an der Universität Leipzig. Seit Februar 1920 als Ass.-Arzt am Krankenhaus Neukölln.